МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ МЗ РСФСР

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Методические рекомендации

Москва, 1985

Методические рекомендации составлены руководителем отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи профессором Гуровичем И.Я. и старшими научными сотрудниками канд.мед.наук Гусевой Л.Я., Зайцевым Д.А., Прейсом В.Б. (Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, директор профессор В.В.Ковалев), врачами Тульской областной психиатрической больницы Тарасовым Ю.С., Бехтеревой Р.С., Пушкиным Б.Н., главным врачом Калининского областного психоневрологического диспансера Виноградовой Р.Н.

зак. 357

34

О Г Л А В Л Е Н И Е

стр.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

"СОГЛАСОВАНО"

Зам. начальника Главного управления научно-исследовательских институтов и координации научных исследований

В.М. Христюк

"26" ноября 1985 г.

"УТВЕРЖДАЮ"

Заместитель министра

Г.В. Сергеев

"30" ноября 1985 г.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Методические рекомендации

(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

Москва

1985

Сов

му населе

лено общи

Суще

но урбанис

сельской м

она осложн

небольшая

ния внебол

ров, транс

Вмест

деленной с

ким развити

и приближен

Наряд

внебольничн

психиатрами

психоневрол

ионарным п

ой психиат

Анали

а средних

дминистрати

тавление по

акой анали

ионных форм

кой местнос

ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование организации психиатрической помощи сельскому населению имеет в настоящее время особое значение, что обусловлено общими социальными задачами развития нашего общества.

Существующие модели психиатрических служб носят преимущественно урбанистический характер. Организация психиатрической помощи в сельской местности всегда сталкивалась с решением трудных проблем; она осложняется такими факторами как малая плотность, а нередко и небольшая численность населения, чрезмерно большой радиус обслуживания внебольничных учреждений, удаленность психиатрических стационаров, транспортные трудности и пр.

Вместе с тем, указанные проблемы к настоящему времени в определенной степени изменились, что обусловлено социально-экономическим развитием сельских районов, с одной стороны, и децентрализацией и приближением помощи к населению - с другой.

Наряду с психиатрическим кабинетом ЦРБ, специализированная внебольничная помощь больным жителям сельских районов оказывается психиатрами консультантами областного (краевого, республиканского) психоневрологического диспансера, а стационарная помощь - как стационарным психиатрическим отделением ЦРБ, так и отделениями областной психиатрической больницы, закрепленными за данным районом.

Анализ психиатрической службы должен основываться не только на средних показателях, характеризующих ее деятельность в целом по административной территории; он должен включать сравнительное сопоставление показателей зон обслуживания и каждого района между собой. Такой анализ необходим для дальнейшего совершенствования организационных форм и методов деятельности психиатрической службы в сельской местности.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ-СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ.

Настоящий этап выявления больных в сельской местности характеризуется следующими особенностями:

I) Отмечается высокий темп нивелировки различий выявления психически больных в городе и сельской местности.

2) Теперь уже следует говорить о превышении в сельском населении, по сравнению с городами, числа состоящих на учете больных.

3) Изменилось не только соотношение показателей выявления больных из городского и сельского населения, но возрос также удельный вес территорий, в которых уровень выявления может быть определен как высокий. Если согласно выборочному исследованию наиболее характерным для сельских районов Российской Федерации в I976 году был средний уровень числа состоящих на учете больных (60,7% сельских районов), а районы с высоким уровнем составляли всего 2I,4%, то в настоящее время число таких районов достигает 50%.

Большее число учтенных больных из сельского населения, по сравнению с выборкой в городах, складывается за счет почти всех форм психических заболеваний. Однако наиболее характерным для сельской местности, по сравнению с городами, является превышение числа учтенных больных вследствие органического поражения головного мозга (психозов и слабоумия вследствие травм, энцефалитов, менинго-энцефалитов, сосудистых и прочих поражений головного мозга, вызванных теми же причинами непсихотических расстройств), эпилепсии, а также всех форм умственной отсталости, причем число состоящих на учете больных умственной отсталостью в сельском населении превышает их число в городском населении, как правило, в 2-3 раза. Отмеченные особенности учтенного контингента больных в сельской местности могут быть обусловлены комплексом факторов демографического, общемедицин-

ского и организационного характера.

Во-первых, особенности возрастной структуры сельского населения обуславливают большее число больных как за счет накопления их в более пожилых возрастных группах вследствие затяжного хронического течения большинства психических заболеваний, так и за счет заболеваний, свойственных пожилому возрасту.

Во-вторых, миграция из села в город, как правило, здорового молодого населения является фактором, увеличивающим число психически больных в сельском населении, приводя к "концентрации" больных в оставшемся населении.

В-третьих, имеется еще ряд факторов, в том числе меньшая доступность общемедицинской помощи, которые обуславливают больший удельный вес психических расстройств, являющихся следствием органического поражения головного мозга. Влияние всех перечисленных выше факторов не следует рассматривать изолироавно; своеобразие контингента учтенных психически больных формируется в условиях их сочетанного действия.

Вместе с тем многие особенности учета больных в сельской местности в настоящее время связаны с организационными причинами. Как показал анализ, в части случаев большее число лиц, состоящих на учете в сельской местности, по сравнению с городами, в значительной степени объясняется отсутствием систематической работы по ежегодному пересмотру учтенных контингентов (в городах такая работа проводится более регулярно). Немаловажное значение имеет при этом своевременное снятие с учета, причем, в этой работе можно выделить два момента. Во-первых, необходим систематический контроль, пересмотр контингента состоящих на учете больных для снятия с учета по безусловным причинам: переезд на другое место жительства, смерть. Во-вторых, должно проводиться своевременное снятие с учета по кли-

2-356

нико-социальным показаниям пациентов в связи с их выздоровлением, стойким улучшением состояния и высоким уровнем социальной адаптации.

Показательным в этом отношении является снятие с учета лиц с легкими степенями умственной отсталости, с хорошим и стойким социальным приспособлением. Несвоевременное снятие с учета проживающих в сельской местности этой категории лиц доказывает тот факт, что превышение числа таких учтенных больных в сельском взрослом населении по сравнению с городским взрослым населением (в 2,I - 3,3 раза) гораздо больше превышения их числа в сельском детском населении (в I,4 - 2,6 раза). Причем, такое соотношение нельзя объяснить недовыявлением умственно отсталых детей, так как отмеченные соотношения показателей свойственны сельскому населению с высоким (8-I0 больных на тыс.чел.детского сельского населения) уровнем выявления умственно отсталых детей.

Иными словами, приведенные данные показывают, что в сельской местности лица с легкими степенями умственной отсталости, при их хорошей социальной адаптации более не нуждающиеся в психиатрической помощи, снимаются с учета меньше, чем аналогичные больные, проживающие в городах.

В связи со стойким улучшением состояния и хорошей социальной адаптацией должны сниматься с учета и другие категории больных, особенно лица с пограничными формами психических расстройств после их выздоровления. Снятию с учета в связи с улучшением состояния и стойкой социальной адаптацией подлежат также больные эндогенными заболеваниями, в том числе шизофренией. Своевременное снятие с учета, уменьшая контингент состоящих на учете больных, высвобождает время врача для лечебно-реабилитационной работы с наиболее тяжелым контингентом больных. В связи со сказанным контроль за движением учтенного контингента и ежегодный его пересмотр на предмет снятия

с учета выбывших или не нуждающихся в специализированном диспансерном наблюдении является одной из наиболее актуальных и важных задач психоневрологических кабинетов.

Необходимо отметить еще одну особенность контингента больных, состоящих на учете в психоневрологических кабинетах ЦРБ - его тяжесть, о чем, свидетельствуют данные об инвалидности. Как показало сравнительное изучение инвалидности в сельских районах и городах, интенсивные показатели инвалидности - как суммарные вследствие всех психических заболеваний, так и по отдельным нозологическим формам - в сельских районах существенно выше, чем в городах. Если интенсивные показатели инвалидности в городах принять за 100, то в сельских районах всего инвалидов 178, инвалидов вследствие шизофрении - 130, эпилепсии - 137, умственной отсталости - 352.

Отмеченные особенности контингента больных, состоящих на учете в психоневрологических кабинетах ЦРБ, должны приниматься во внимание врачами-психиатрами, работающими в сельском районе, при распределении их рабочего времени. В широком комплексе задач по наблюдению, лечению и социальной реабилитации психически больных в сельских районах должны быть правильно расставлены акценты в соответствии с особенностями структуры учтенного контингента больных; значительное внимание, наряду с эндогенными заболеваниями, пограничными состояниями, должно уделяться организации помощи больным эпилепсией, олигофренией, с психическими расстройствами органического генеза. Это обстоятельство должно учитываться и в направленности профилактических мероприятий. Наконец, особую задачу составляет профилактика инвалидизации и организация системы социально-трудовой реабилитации больных.

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ.

Внебольничная помощь.

Отмеченные выше сдвиги в выявлении больных в сельском населении являются следствием улучшения ресурсной обеспеченности психиатрической помощи в сельских районах. В настоящее время свыше 70% административных территорий имеют психиатрические кабинеты более чем в половине сельских районов, а свыше одной трети территорий - в 80% и более районах.

Отмечена зависимость числа состоящих на учете больных - сельских жителей от обеспеченности районов внебольничной психиатрической помощью. Число территорий с высоким и средним уровнем выявления больше в той их группе, где выше процент районов, в которых развернуты психиатрические кабинеты.

Что касается другого важного показателя - числа посещений внебольничных учреждений на 1000 чел.населения, то необходимо отметить следующее. Во-первых, он существенно различается для городских и сельских жителей. Так, уровень посещений ниже 50 на 1000 чел.населения отмечен только для сельского населения. Этот показатель нигде не поднимается выше 150 посещений на 1000 чел.населения, в то же время городские жители дают посещений больше этого уровня в значительном числе территорий. Во-вторых, он зависит от обеспеченности сельских районов психиатрическими кабинетами. Число территорий с высоким и средним уровнем посещений больше среди тех из них, которые имеют большее число сельских районов с психиатрическими кабинетами.

Следует указать, что даже при наличии психиатрического кабинета,население сельских районов оказывается в неравных условиях в отношении доступности помощи. Проведенные исследования показа-

ли, что число состоящих на учете больных падает с увеличением расстояния места жительства больных от кабинета. В населенных пунктах, находящихся на расстоянии 30-39 км, даже при наличии удовлетворительных транспортных связей, в отличие от пунктов расположенных поблизости, число выявленных больных падает более чем в два раза. Значительное падение числа выявленных больных отмечается по всем нозологическим формам психических заболеваний.

Еще более выраженную динамику в зависимости от расстояния обнаруживает такой показатель как число посещений больными психиатрического кабинета из каждой 1000 чел.населения: число посещений из населенных пунктов, удаленных на 30 км и более по сравнению с населенными пунктами, расположенными близко, меньше в 4,5 раза. Следовательно, доступность психиатрической помощи уменьшается с удаленностью психиатрического кабинета. Уменьшается также в зависимости от расстояния и число посещений психиатрического кабинета в расчете на одного учтенного больного. Из сказанного вытекает чрезвычайно важная задача каждого врача-психиатра, работающего в психиатрическом кабинете ЦРБ - обеспечить насколько возможно планомерное и на высоком уровне наблюдение всего контингента учтенных больных и, следовательно, особое внимание уделить организации регулярного наблюдения больных, живущих в отдаленных населенных пунктах.

При этом следует учесть также влияние некоторых организационных факторов на указанные выше показатели.

Как оказалось при выборочном изучении отдельных районов, влияние расстояния в известной степени нивелируется, если в отдаленных населенных пунктах расположены медицинские учреждения, где работают врачи - не психиатры. Уровень учтенных больных более высок в тех населенных пунктах, где находятся участковые больницы

3-356

и амбулатории, вне зависимости от их удаленности от психиатрического кабинета, что свидетельствует о роли врачей других специальностей в выявлении психических заболеваний, хотя на число посещений этот фактор влияния не оказывает.

Необходимо далее отметить, что указанные выше показатели колеблются в зависимости также от других особенностей организационной структуры помощи в сельских районах. Сравнительное изучение двух групп районов, в которых имеется комплекс подразделений - кабинет и стационарное психиатрическое отделение в составе ЦРБ-и только психиатрический кабинет, показало, что в первых выше уровень выявления больных сельских жителей, а также больше число посещений больными кабинета из каждой 1000 чел.сельского населения. Это связано со следующими причинами: 1) наличие стационарного отделения создает более стабильные условия для деятельности кабинета (взаимозаменяемость врачей, преемственность в их работе), 2) больные, получившие стационарную помощь, чаще обращаются в это же учреждение за амбулаторной помощью, 3) наличие комплекса подразделений расширяет возможности организации реабилитационных звеньев.

Таким образом, уже на уровне внебольничной помощи выявляется влияние особенностей организационной структуры службы - наличия психиатрического кабинета в районе, его взаимодействия со стационарным отделением при ЦРБ, неспециализированной врачебной помощью.

Все эти данные наряду с особенностями учтенных контингентов больных должны быть использованы для организации наиболее эффективной внебольничной помощи в сельских районах.

Стационарная помощь.

Влияние особенностей организационной структуры психиатрической помощи выявляется также при анализе деятельности стационарных учреждений.

Прежде всего отмечаются существенные различия в уровне госпи-

тализации больных городских и сельских жителей. Анализ данных по всем территориям РСФСР показывает, что для сельского населения более характерны низкий (до 2,9 на 1000 чел.населения) и средний (3,0-3,9 на 1000 чел.населения) уровни госпитализации; для городского населения - средний и высокий (4,0 и более) уровни.

В сельских районах существуют два варианта стационарной психиатрической помощи. В первом варианте стационарная помощь в сельских районах осуществляется только психиатрической больницей, находящейся в административном центре или другом городе данной территории, во втором,- кроме областной (или республиканской) больницы, также стационарным психиатрическим отделением при ЦРБ, расположенным непосредственно в районе.

В первом варианте важным фактором, влияющим на уровень госпитализации больных является удаленность психиатрического стационара от населения. Однако, влияние этого фактора, как уже отмечалось, в настоящее время нельзя рассматривать изолированно, не учитывая других структурных звеньев психиатрической службы.

Как было установлено в специально проведенном исследовании, наличие психиатрических кабинетов в сельских районах, расположенных в радиусе 60 км от психиатрической больницы, обеспечивает одинаково высокий уровень госпитализации по сравнению с городским населением. При большей удаленности уровень госпитализации падает, особенно из сельских районов.

В то же время из сельских районов, не имеющих психиатрических кабинетов, уровень госпитализации низкий - как из удаленных, так и из близлежащих районов (3,18 и 3,29 на 1000 чел.населения). В этом случае при отсутствии врача-специалиста, ведущего амбулаторный прием, госпитализируются в основном ургентные и тяжелые случаи заболеваний. Низкий уровень госпитализации из этих районов нельзя естественно, рассматривать в качестве положительного явления.

Наличие психиатрического кабинета в удаленных сельских районах является фактором сдерживающим госпитализацию. Удаленность стационара и трудности транспортировки больных на большие расстояния стимулируют амбулаторного врача в лучшем случае практиковать купирование обострений во внебольничных условиях, в то же время, меньше прибегать к помощи стационара для лечения пограничных состояний, в решении диагностических, экспертных вопросов. Если, таким образом, в сельских районах, расположенных близко от областной больницы, амбулаторный врач иногда даже чрезмерно может использовать возможность госпитализации, то в районах, расположенных за пределом радиуса 60 км, следует отметить дефицит стационарной помощи, который лишь частично компенсируется деятельностью психиатрического кабинета.

Приведенные данные наглядно демонстрируют насколько важна дифференцированная оценка показателей госпитализации из каждого района, так как за общими средними показателями могут скрываться существенные изъяны этого вида помощи. Врачи, работающие в психиатрических кабинетах, расположенных сравнительно недалеко от областной психиатрической больницы, особенно при наличии хороших транспортных связей, иногда для решения лечебных и других вопросов каждодневной практики идут по пути чрезмерной "избыточной" госпитализации в ущерб работе по профилактике и купированию обострений заболеваний в амбулаторных условиях. Напротив, отдаленные районы, особенно при плохой организации транспортировки больных, страдают из-за возникающих каждый раз сложностей при необходимости поместить больного в стационар.

Значительная удаленность психиатрической больницы от большинства сельских районов не только уменьшает уровень госпитализации из этих районов, но приводит также к большей длительности (в I,5-2 раза) пребывания в стационаре сельских жителей, особенно

больных психозами, в том числе шизофренией, эпилепсией, а также лиц с умственной отсталостью. Большая длительность пребывания в психиатрической больнице сельских жителей связана как с госпитализацией, как правило, наиболее тяжелых контингентов больных, требующих более длительного лечения, так и с задержкой выписки, связанной с трудностями наблюдения за больными во внебольничных условиях особенно в тех районах, где нет психиатрического кабинета.

Большая длительность пребывания в стационаре сельских жителей приводит к тому, что при меньшем числе поступлений на каждую 1000 населения, в стационаре находится одномоментно больше больных сельских жителей, в том числе со сроками пребывания более года, т.е. "осевших" в больнице.

Следовательно, отсутствие приближенного к сельскому населению стационара в разных формах - при наличии психиатрического кабинета в районе или без него - сказывается на качестве психиатрической помощи.

Во втором варианте, когда стационарная помощь в сельском районе оказывается как областной больницей (куда, как правило, направляются или переводятся больные 1) с длительными, затяжными обострениями, 2) с большой давностью заболевания, 3) требующие специализированных форм стационарной помощи и 4) трудные для диагностики и лечения случаи), так и стационарным отделением при ЦРБ (где концентрируются больные с короткими сроками пребывания) обнаруживается ряд существенных преимуществ. Во-первых, как уже отмечалось, взаимодействие со стационарным отделением при ЦРБ повышает эффективность деятельности психиатрического кабинета. Во-вторых, наличие психиатрического отделения при ЦРБ позволяет полнее удовлетворить потребность в стационарной психиатрической помощи. В-третьих, средняя длительность пребывания в отделениях ЦРБ состав-

4-356

ляет обычно не более 30 дней, что существенно меньше (за счет приближения стационара к населению) длительности пребывания тех же больных в областной психиатрической больнице. Кроме того, в-четвертых, наличие стационарных отделений при ЦРБ с короткими сроками пребывания в них больных влияет на некоторые показатели длительности лечения в областной психиатрической больнице - сокращается число больных с длительными сроками госпитализации, т.е. уменьшается "оседаемость" больных в этом стационаре. Как показало исследование, проведенное в психиатрической службе одной из областей, одномоментно находящееся в психиатрической больнице число больных со сроком пребывания от I года до 2 лет из группы районов, располагающих психиатрическими отделениями при ЦРБ, оказалось в 2,2 раза меньше, чем из других районов, а больных со сроками пребывания свыше 2 лет в I,5 раза меньше. В-пятых, организация отделения при ЦРБ с короткими сроками пребывания в нем больных оказывает положительное влияние на уровень инвалидизации психически больных.

Возможности влияния на показатели инвалидности структуры психиатрической помощи (структура стационарной помощи, обеспеченность койками, развитие внебольничной помощи) выявляются при анализе инвалидизации вследствие шизофрении. По фактору структуры стационарной помощи были выделены три группы территорий. В первой группе стационарная помощь осуществляется одним на всю область специализированным учреждением (психиатрической больницей или стационаром при диспансере), во второй группе - несколькими психиатрическими больницами, в третьей - имеются также психиатрические отделения в лечебных учреждениях общемедицинской сети, преимущественно отделения при ЦРБ.

Анализ полученных данных позволил выявить влияние структуры стационарной психиатрической помощи на показатели первичной инвалидности. Вероятность влияния двух других факторов меньше. При всей

вариабельности показателей инвалидности, ее средний уровень меньше всего в территориях, где психиатрические койки имеются не только в специализированных, но также в других лечебных учреждениях, а самый высокий - где стационарная помощь осуществляется одной больницей. Следовательно, децентрализация стационарной психиатрической помощи, особенно организация психиатрических отделений при общемедицинских учреждениях, в том числе при ЦРБ, является фактором, способствующим предупреждению инвалидизации больных.

Все приведенные выше данные должны быть использованы для наиболее эффективной организации стационарной психиатрической помощи сельскому населению.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЦРБ,

Работа психиатрического кабинета ЦРБ должна строиться с учетом приведенных в предыдущих разделах данных. Поскольку при значительном радиусе обслуживания в отдаленных поселках района больные обычно хуже выявлены и значительно реже посещают кабинет, целесообразно, помимо ежедневного приема непосредственно в психиатрическом кабинете ЦРБ, организовать приемы в отдаленных населенных пунктах района. Такие приемы должны осуществляться по твердо установленному графику. Их целесообразно проводить лишь на базе участковых больниц или врачебных амбулаторий, в зоне обслуживания которых находится несколько ФП и ФАП. Непосредственный выезд врача-психиатра на ФП и ФАП может осуществляться лишь в исключительных случаях. Плановые же выезды в эти медицинские учреждения, поскольку в их радиусе обслуживания проживает не более I5 больных, большая часть из которых посещает кабинет самостоятельно, проводить обычно не рационально.

Перед выездом в участковую больницу или врачебную амбулаторию врач-психиатр извещает об этом фельдшеров ФП и ФАП и просит их выз-

вать на прием больных, которых он считает необходимым осмотреть. Врач-психиатр ЦРБ во время выездов должен информировать врачей амбулаторий и участковых больниц о больных, требующих наибольшего внимания за их состоянием и регулярностью проведения рекомендованного лечения.

Выездные приемы врача-психиатра рекомендуется проводить не чаще, чем один раз в две недели, так как при большем числе выездов уменьшится доступность помощи остальному населению района.

Учитывая, что психиатр ЦРБ обслуживает взрослых, подростков и детей, нагрузка на час приема с учетом удельного веса каждой возрастной категории, составит в среднем 3,6 больных. Непосредственно на прием должно выделяться не менее 4 часов (при шестидневной рабочей неделе), а два часа в среднем в день будут затрачены на проведение прочих работ. Также затраты времени на "прочие" работы объясняются тем, что психиатр ЦРБ значительно чаще, чем участковый психиатр, работающий в городском диспансере, выполняет иные виды работ (дежурства по больнице, выезд в областной центр и т.п.), В ежедневном графике работы специальное время для посещения больных на дому выделять не рекомендуется с тем, чтобы это не превращалось в обязательную процедуру даже тогда, когда в посещении больного на дому обязательной необходимости нет. Если возникает необходимость посетить больного на дому, то это посещение может быть выполнено за счет времени, отведенного на прием. Аналогичным образом выполняются и экстренные вызовы в район. Все эти меры целесообразны в связи с тем, что необходимо обеспечить возможно большую кратность наблюдения больных, так как она, также как и годовая функция врача-психиатра ЦРБ, как будет показано ниже, меньше, чем у врача-психиатра городского диспансера.

К консультативной работе в отделениях стационара ЦРБ врач психиатрического кабинета привлекается только в случае отсутствия

психиатрического стационарного отделения. Этот вид работы должен проводиться за счет времени, отведенного на прочие работы на основании приказа МЗ СССР № 710 от I0 июня I983 г. "Об улушении учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и средним медицинским работникам, профилактических осмотров и контингентов больных состоящих под диспансерным наблюдением".
Приведем примерный расчет годовой функции врача-психиатра ЦРБ. За рабочий день, при указанных выше затратах времени на одного больного и времени, предназначенного для приема больных в кабинете ЦРБ, врач сможет принять (3,6 х 4 часа) около I4 человек, а за 248 рабочих дней года к врачу будет сделано примерно 3470 посещений.

При выездах время, отводимое на прием, будет составлять 3 часа, а из остального рабочего времени этого дня два часа в среднем будет затрачено на проезд и I час на организационно-методическую работу. За три часа приема врач осмотрит (3,6 х 3) около II больных, а за 20 выездных приемов в течение года - 220 больных.

Таким образом, годовая функция работы врача психиатрического кабинета ЦРБ составит 3470 + 220 = 3690. Этот расчет является весьма условным. Величина годовой функции врача-психиатра кабинета ЦРБ будет меняться в зависимости от распределения времени на различные виды работ. Однако приведенные данные могут служить ориентиром при оценке работы врача психиатрического кабинета ЦРБ.

Такая годовая функция врача, при выборке из населения около двадцати больных с различными психическими заболеваниями (без больных алкоголизмом и наркоманиями) в расчете на I000 чел.всего населения, позволит наблюдать находившегося в течение года на учете больного не менее 3,5 раз. Относительно невысокая кратность наблюдения больных еще раз подчеркивает необходимость контактов психиатра ЦРБ в организации наблюдения и контроля за лечением больных со всеми медицинскими учреждениями района.

5-356

Картотеку динамического наблюдения больных с формами №030-I/у в психиатрическом кабинете ЦРБ рекомендуется строить с учетом указанных в предыдущем разделе факторов - влияния удаленности кабинета на уровень выявления больных и посещения ими врача, необходимость оказания помощи не только взрослому контингенту, но также подросткам и детям и пр.

Поскольку обычно значительная часть населения района сосредоточена в районном центре, т.е. в непосредственной близости от психиатрического кабинета, именно за счет этого населения обеспечивается, а иногда достигается довольно высокий уровень кратности наблюдения больных. В то же время больные, проживающие в отдаленных пунктах района наблюдаются редко.

С целью преодоления этого недостатка целесообразно картотеку разделить на две: I) для жителей районного центра и 2) для остального населения района. Если численность населения районного центра невелика, в первую картотеку можно включить также больных, проживающих в радиусе I5-20 км от кабинета. Раздельное ведение картотек позволит уделить большее внимание регулярному наблюдению больных из отдаленных районов.

В этой связи вторая картотека должна быть под особым контролем врача и сестры психиатрического кабинета ЦРБ.

Необходимо отметить особенности работы врача-психиатра ЦРБ в отношении находящихся под его наблюдением основных групп больных, составляющих учтенный контингент.

Группа с частыми стационированиями может быть большей при наличии психиатрического отделения в ЦРБ с достаточным числом коек, причем, в случае, если такие больные лечатся преимущественно в этом отделении; если психиатрическое отделение в ЦРБ отсутствует и указанные больные направляются в психиатрическую больницу, находящуюся довольно далеко - в административном центре, число повторных

госпитализаций может быть меньше. Однако, более низкий показатель повторных госпитализаций в этом случае нельзя оценивать положительно, поскольку он отражает лишь как правило более длительное пребывание больных в больнице. Снижение числа повторных госпитализаций должно быть обеспечено более систематической, вариабельной и адекватной психическому состоянию амбулаторной терапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации.

В связи с большими трудностями госпитализации, по сравнению с условиями города, еще большее значение, чем в последнем, приобретает четкая организация амбулаторной терапии больных, у которых обострения болезни могут быть купированы во внебольничных условиях. Психиатрический кабинет ЦРБ нуждается в обеспечении достаточно широким ассортиментом психотропных средств, что должно контролироваться главным психиатром и оргметодотделом. Случаи недостаточно обоснованного направления в больницу, если обострение можно было купировать амбулаторно, должны быть предметом контроля и обсуждения при приезде в кабинет ЦРБ консультанта из областного диспансера или больницы.

Определенные особенности в условиях кабинета ЦРБ имеет организация поддерживающей, направленной на профилактику обострений терапии. С учетом дальних расстояний и меньшей кратности наблюдения, большее значение приобретает применение пролонгированных препаратов. При кабинете ЦРБ может быть организован в определенные дни централизованный забор крови для определения уровня лития у больных, получающих этот вид профилактической терапии, с последующей доставкой ее на машине в лабораторию при областной больнице. Контроль за регулярностью поддерживающей терапии может осуществляться с помощью средних медработников ФП и ФАП. С учетом особенностей контингента больных в сельских районах целесообразно уделять больше внимание организации профилактических курсов дегидратационной

и общеукрепляющей терапии больным с поражениями головного мозга органического генеза, склонных к состояниям декомпенсации. Нередко больший, чем в городах, удельный вес состоящих на учете больных эпилепсией делает обоснованным организацию в крупных областях при областном диспансере эпилептологических кабинетов (или специализацию одного из консультантов), осуществляющих консультативную и методическую работу в отношении этого контингента больных в области.

Сложившееся положение, при котором число инвалидов среди состоящих на учете больных в сельских районах существенно больше, чем в городах, предъявляет особые требования к организации социально-реабилитационных мероприятий. Эта работа должна находиться постоянно в центре внимания психиатрического кабинета ЦРБ. Она, во-первых, должна охватывать всех больных мероприятиями по социальной реабилитации в зависимости от этапа реабилитации, что должно найти отражение в медицинской карте амбулаторного больного в виде четко поставленной задачи с описанием затем последовательности и этапности, а также результатов осуществленных мероприятий. Во-вторых, целесообразно создание и использование всех возможных организационных форм реабилитации психически больных в сельской местности (см.след. раздел). В-третьих, в сельских районах работа по представлению больных на ВТЭК для пересмотра группы инвалидности нуждается в придании ей большей динамичности.

Целесообразно выделение группы больных, нуждающихся лишь в эпизодическом или контрольном наблюдении, находящихся в состоянии относительно стойкой клинической и социальной компенсации. Помимо соответствующих задач лечебно-реабилитационного характера, данная группа является объектом ежегодного пересмотра с целью выявления больных, подлежащих снятию с психиатрического учета в связи с выздоровлением и стойкой социальной адаптацией. Эта работа, как уже указывалось ранее, в сельских районах особенно актуальна.

Наконец, необходимо выделение группы социально опасных больных с целью более дифференцированного за ними наблюдения.

Выделение перечисленных выше групп больных с помощью разноцветного маркирования ф.030-I/у в картотеке на время выполнения очередных указанных задач делает работу врача со всем контингентом более дифференцированной и эффективной. В свою очередь каждая из этих картотек должна быть разделена с учетом возраста обслуживаемых, то есть взрослых, подростков и детей. Такое деление будет способствовать более дифференцированному и качественному наблюдению больных, в том числе детского и подросткового контингентов.

Медицинские карты амбулаторного больного (ф.025/у) хранятся в закрытом шкафу, находящемся в психиатрическом кабинете и в целях более удобной работы с ними располагаются по алфавиту.

Доступ к этим документам, помимо работников кабинета, имеют лишь главный врач и его заместитель.

На основании карт амбулаторного больного в конце приема врач-психиатр заполняет дневник (ф.№039/у). Если один и тот же врач занимает должности психиатра и психиатра-нарколога и в одни и те же часы принимает психически больных и лиц, страдающих алкоголизмом, то он обязан в таком случае заполнять две ф.№039/у.

Если врач занимает только должность психиатра, но обслуживает также и больных алкоголизмом, он отчитывается о своей ежедневной работе в единой ф.№039/у. В этом случае картотека на больных алкоголизмом должна быть выделена.

В конце года врач-психиатр отчитывается о своей работе, заполняя отчет о контингентах психически больных (отчет-вкладыш №9).

Разделы I и I-а этого отчета заполняются на основании ф.030-I/у, У раздел - на основании ф.039/у. Отчет вкладыш №9, передается в организационно-методический консультативный отдел по психиатрии.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ПРИ Ц Р Б.

Организация психиатрических отделений при центральной районной больнице имеет ряд важных преимуществ.

Во-первых, такое отделение позволяет приблизить стационарную психиатрическую помощь непосредственно к населению, тем самым сделать ее более доступной и сократить сроки пребывания в стационаре больных.

Во-вторых, интеграция с общемедицинским учреждением позволяет в значительной мере снять психологический барьер, имеющий место при направлении больных, особенно свежезаболевших, в психиатрическую больницу.

В-третьих, отделение при ЦРБ располагает возможностями привлечения в случае необходимости различных специалистов для обследования больных.

Психиатрическое отделение при ЦРБ расширяет объем стационарной помощи для психически больных. Вместе с тем, оно не может удовлетворить всей потребности в этом виде помощи в районе, даже при довольно большом числе коек в отделении, что связано со следующими обстоятельствами:

- отсутствием базы для социально-трудовой реабилитации больных с затяжным, хроническим течением заболевания
- трудностями организации дифференцированного содержания больных в одном отделении
- сложностью надзора в условиях такого отделения за больными с наиболее острыми состояниями, длительным психомоторным возбуждением, с асоциальными тенденциями в поведении.

Перечисленные особенности определяют разделение контингентов стационарных больных между отделением при ЦРБ и больницей в административном центре территории.

Так, ограниченные возможности организации социально-реабилитационных мероприятий делают нецелесообразным направление в отделение при ЦРБ больных с затяжным, хроническим течением болезни. Это преимущественно контингент психиатрических больниц, где возможно осуществить последовательную и поэтапную внутрибольничную реабилитацию. Изучение работы отделений при ЦРБ показывает, что одной из наиболее частых причин переводов из отделения в психиатрическую больницу являются трудности надзора за наиболее тяжелыми больными. В связи с невозможностью организации дифференцированного содержания больных нежелательно в одном отделении совместно с сохранными больными помещать лиц с глубокими личностными изменениями и состояниями слабоумия. В отделение при ЦРБ не показана госпитализация всех больных, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях больницы - детей с психическими заболеваниями, подростков, больных гериатрического профиля, с пограничными формами психических расстройств, больных, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. Что касается трудовой и военной экспертизы, то вопрос о том, в каком стационаре проводится их госпитальное обследование, решается в зависимости от местных условий.

Таким образом, психиатрическое отделение ЦРБ в основном предназначено для лечения больных с относительно короткими сроками пребывания в стационаре, в том числе нуждающихся в срочной госпитализации. Необходимость перевода части больных в больницу не должна привести к тому, что отделение будет выполнять в основном функции психоприемника, что не отвечает его основным задачам, отражается на уровне лечебной работы и приводит к увеличению суммарной длительности (в отделении ЦРБ и психиатрической больнице) пребывания больных в стационаре.

Правильное определение контингента больных, которых следует госпитализировать в психиатрической отделение ЦРБ, и отграничение

его от контингента направляемых непосредственно или переводимых из отделения в психиатрическую больницу позволит избежать необоснованных, хотя и встречающихся в практике, крайних вариантов работы этих отделений.

Переводу из отделения ЦРБ в психиатрическую больницу подлежат больные:

I. с плохо купируемым длительным психомоторным возбуждением, трудные для содержания в отделении;

2. с затяжными обострениями после трехмесячного пребывания в отделении;

3. с хроническим течением заболевания после купирования острых проявлений психоза, принятые в отделение в связи с необходимостью неотложной госпитализации;

4. сложные в диагностическом отношении и нуждающиеся в специальных методах исследования (которые нельзя провести в условиях ЦРБ);

5. резистентных к терапии, для уточнения методов лечения и подбора лекарственных средств.

В первую очередь целесообразно психиатрические отделения организовывать при ЦРБ отдаленных от психиатрической больницы районов, либо в районах, имеющих плохую транспортную связь с больницей. При низкой обеспеченности области (края, АССР) психиатрическими койками стационарные психиатрические отделения целесообразно открывать также и в ЦРБ близлежащих районов. Если стационарное психиатрическое отделение при ЦРБ находится в районе, близко расположенном от психиатрической больницы, и имеются хорошие транспортные возможности, значительная часть ургентных больных может непосредственно направляться з психиатрическую больницу. В этом случае в отделение будут приниматься более легкие контингенты больных.

При организации психиатрических отделений в ЦРБ, прежде все-

го нужно исходить из того, чтобы число коек в них позволяло выделить полную врачебную должность и круглосуточные посты среднего и младшего медперсонала. По существующим штатным нормативам (приказ МЗ СССР № 760 от I5.08.74г.) таким требованиям отвечает отделение от 3I и более коек.

В отделении при ЦРБ осуществляется в полном объеме клинико-диагностическая и лечебная работа, формы и методы которой не отличаются от обычно применяемых в стационарах. Наличие тесной связи между отделением и кабинетом при ЦРБ и возможность организации высокого уровня преемственности в их работе позволяет наиболее полно осуществить принцип "короткого лечения" в стационаре с переводом больных на амбулаторную терапию. В отделении должны быть полностью использованы все имеющиеся возможности для социально-реабилитационных мероприятий. Совершенно необходима организация трудовой занятости больных, что возможно осуществить с помощью лечебно-трудовых мастерских при областной больнице или диспансере.

Как и в любом отделении стационара на больного заводится история болезни - "Медицинская карта стационарного больного" (ф.№ 003/у). На каждого больного заполняется "Карта выбывшего из стационара (ф.№ 066-I/у), все пункты этой карты должны быть заполнены в момент выписки больного. Сведения из этой формы используются при составлении П раздела отчета-вкладыша № 9 "О контингентах психически больных" и П раздела отчета-вкладыша № 9-а "О контингентах больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями".

Движение больных в отделении учитывается в "Ежедневном листке учета больных стационара и коечного фонда" (ф. № 007/у), а также "Сводной ведомости учета больных и коечного фонда" (ф.№0I6/у).

На основании сведений из формы № 0I6/у заполняется Ш раздел "Отчета лечебено-профилактического учреждения" (ф.№ I).

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ДЛЯ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ.

Несмотря на большее число инвалидов среди состоящих на учете психически больных (по сравнению с городами), организация базы для социально-трудовой реабилитации в каждом районе связана со значительными трудностями. Ряд организационных звеньев реабилитации в таком виде как они существуют в городе не может быть создан из-за малой численности населения. Поэтому система последовательной преемственной и поэтапной реабилитации психически больных - сельских жителей должна строиться не только с учетом звеньев, организованных непосредственно в районе, но также всех реабилитационных звеньев в психиатрической службе области.

В настоящее время в различных административных территориях имеется или еще формируется опыт ряда организационных звеньев, которые должны стать в зависимости от местных условий элементами такой системы:

- филиалы лечебно-трудовых мастерских при отделениях ЦРБ, в том числе для амбулаторных больных ,

(Трудовые процессы для больных в психиатрических отделениях ЦРБ могут быть организованы также при наличии инструктора по трудовой терапии, должность которого может устанавливаться на основании приказа МЗ СССР № 760 от I4.08.74г. Материалы для трудовых процессов могут быть получены из лечебно-трудовых мастерских областной (краевой, республиканской) психиатрической больницы.

В районных центрах, если позволяет численность населения, возможна организация подразделений, осуществляющих наполовину функции лечебно-трудовых мастерских и дневного стационара. При хороших транспортных связях ими могут пользоваться также больные-жители из примыкающей к районному центру зоны),

- спецучастки на предприятиях сельского хозяйства и местной про-

мышленности,

- организованное трудоустройство на эти предприятия,
- общежития для психически больных при предприятиях сельского хозяйства,
- организация (сезонных) реабилитационных бригад, формирующихся как из больных находящихся в стационарном отделении ЦРБ, так и из амбулаторных больных - инвалидов,
- реабилитационные отделения и подсобные хозяйства при больницах, расположенных в сельской местности.

Развитие этих звеньев с учетом местных условий позволит наиболее полно и последовательно осуществлять мероприятия по социально-трудовой реабилитации и привлечению психически больных-инвалидов к общественно полезному труду в условиях сельской местности.

РАБОТА ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛА ОБЛАСТНОГО (КРАЕВОГО,РЕСПУБЛИКАНСКОГО)ДИСПАНСЕРА (ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДИЧЕСКОМУ РУКОВОДСТВУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ.

Организационно-методический консультативный отдел осуществляет регулярный анализ показателей деятельности психиатрической службы административной территории. Данные анализа используются для создания организационных предпосылок одинаковой доступности помощи на всей территории. В этой связи особое значение приобретает осуществление принципа районирования стационарной психиатрической помощи. Закрепление отделений (кроме специализированных) психиатрической больницы за определенными районами должно осуществляться таким образом, чтобы коечная обеспеченность каждого района была бы равномерной. Однако в соблюдении этого принципа должны быть внесены определенные коррективы. Во-первых, необходимо учитывать, что из удаленных от стационара районов уровень поступления больных ниже чем из районов, расположенных близко к больнице. Поэтому та-

ким районом должно выделяться меньшее число коек, рассчитанное по сложившемуся уровню госпитализации. Учитывая, кроме того, возможную неритмичность поступлений больных из отдаленных районов (ухудшение транспортных возможностей в определенные времена года, весенняя распутица и др.) рекомендуется прикреплять к каждому отделению больницы близлежащий и отдаленный районы, что сделает возможным равномерную загрузку отделений.

В-вторых, если при ЦРБ имеется стационарное психиатрическое отделение, его койки должны входить в расчет общего коечного фонда, закрепленного за данным районом.

Если в административной территории имеется несколько психиатрических больниц, то вся территория должна быть разделена на зоны обслуживания этих больниц таким образом, чтобы коечная обеспеченность была бы одинаковой в каждой из этих зон.

Ежегодно оргметодотдел должен осуществлять сравнительный анализ прежде всего равномерности коечной обеспеченности районов обслуживания, равномерного использования коечного фонда и ставить перед главным психиатром, в случае необходимости, вопрос о коррекции распределения коечного фонда.

Организационно-методический консультативный отдел осуществляет ежегодный сравнительный анализ показателей деятельности в динамике по годам и в сопоставлении друг с другом: а) отдельных внебольничных и стационарных звеньев, оказывающих помощь сельскому населению б) по зонам обслуживания (если вся территория разделена на такие зоны по числу больниц), в) по отдельным районам области (желательно, чтобы такой анализ включал показатели госпитализации по каждому району, с учетом не только больных, лечившихся в отделении ЦРБ, если такое отделение имеется в районе, но и больных, направленных в областную психиатрическую больницу; эти данные мо-

гут быть получены в отделениях больницы в отношении каждого из прикрепленных к данному отделению районов по картам выбывших.

Такой анализ позволит не только в сравнительном аспекте оценить эффективность психиатрической помощи по зонам и районам административной территории, но также выявить ее наиболее слабые звенья. Эти данные позволят оргметодотделу ставить перед главным психиатром, а вместе с ним - перед вышестоящими инстанциями и органами здравоохранения области и на местах задачи по улучшению работы, дальнейшему развитию помощи, определять очередность этих организационных мероприятий.

Организационно-методический консультативный отдел осуществляет систематическую консультативную и методическую помощь врачам психиатрам психиатрических кабинетов и отделений ЦРБ. Для этой цели отдел составляет список районов, закрепленных за психиатрами-консультантами или врачами, выполняющими их функции, а также график их выездов в районы, утвержденный главным врачом учреждения. Этот график выездов и расписание работы врачей-консультантов в диспансере в начале года доводится до сведения врача-психиатра ЦРБ. К моменту приезда врача-консультанта врач-психиатр ЦРБ вызывает на консультацию лишь тех больных, которые представляют для него трудность в диагностическом либо ином плане. Привлекать врача-консультанта для осмотра всех больных нецелесообразно.

Перед выездом в район врач-консультант получает соответствующие инструкции в организационно-методическом консультативном отделе, знакомится с паспортом района (см.приложение).

Кроме того, психиатр-консультант может получить особые задания при выезде, например, разбор жалоб и т.п. Помимо консультативной работы врач-консультант при выезде в район должен проводить и организационно-методическую работу.

Непосредственно в психиатрическом кабинете ЦРБ он должен познакомиться с ведением медицинской документации, соблюдением сроков наблюдения за больными и т.п., должен вскрыть причины, затрудняющие работу врача-психиатра ЦРБ. Свои выводы и замечания о работе кабинета и отделения (если таковое имеется) он должен доложить главному врачу ЦРБ.

О результатах выезда в район психиатр-консультант составляет справку с обязательным указанием имеющихся недостатков в работе кабинета и стационарного отделения, предложениями по их устранению, перечислением необходимых мероприятий и сроков из выполнения.

Приложение

Паспорт психиатрической службы ______________________ района

I98___год

ЧИСЛЕННОСТЬ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ.

Население	Численность населения всего	в том числе		
		детей до I4 лет включительно	взрослых и подростков	в том числе подростки
На конец года				
Городское				
Сельское				
Всего				
Среднегодовое				
Городское				
Сельское				
Всего				

I. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПОМОЩЬ

I. Число должностей врачей-психиатров

штатных __________ занятых __________

2. Показатели нагрузки врачей-психиатров

	Всего посещений вкл.проф. и на дому	из них	
		по поводу забол.вкл. посещ. на дому	профилактических
Среднее число посещений в течение года на одну занятую должность врача-психиатра			
Среднее число посещений за рабочий день на одну занятую должность врача-психиатра			
Процентное распределение посещений по их видам	I00%		

3. Среднее число больных, состоящих на учете на конец года, на одну занятую должность врача-психиатра.

	всего больных	в том числе		
		взрослых	подрост-ков	детей
а) всех больных				
б) больных психозами				

4. Число посещений врачей-психиатров на I0 тыс.чел. соответствующего среднегодового населения

Посещения	Число посещений	
	абс.	на I0 тыс. чел.нас.
Всего		
Городскими жителями		
Сельскими жителями		

5. Среднее число посещений по поводу заболеваний на одного больного, состоящего на учете у психиатра в течение года (кратность наблюдения за больными). ____________

6. Число больных, взятых на учет и снятых с учета в течение года на I0 тыс.чел. соответствующего населения.

Наименование болезней (в соответствии с отчетом-вкладышем № 9)	Взято на учет в течение года	в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом			Снято с учета
		всего	взрослых и подростков	детей	
Итого					
в том числе подростков *					

* показатели по подростковому контингенту расчитываются на подр.нас.

7.А. Число больных, состоящих на учете на конец отчетного года на 10 тыс.чел. соответствующего населения района в целом

Наименование болезней (в соответствии с отчетом-вкладышем № 9)	Всего	Взрослых и подростков	Детей до 14 лет вкл.
Итого			
в т.ч.подростков			
Состоит на специальном учете			

Б. Состоит на учете больных городских жителей на конец года на 10 тыс.чел. соответствующего городского населения

Наименование болезней (в соответствии с отчетом-вкладышем № 9)	Всего	Взрослые и подростки	Дети до 14 лет вкл.
Итого			
в т.ч. подростки			

В. Состоит на учете больных сельских жителей на конец отчетного года на 10 тыс.чел. соответствующего сельского населения

Наименование болезней (в соответствии и отчетом-вкладышем № 9)	Всего	Взрослые и подростки	Дети до 14 лет вкл.
Итого			
в том числе подростки			

8. Контингенты больных, имеющих группу инвалидности.

А. Первично признано инвалидами в отчетном году.		Б. Состоит на учете инвалидов на I0 тыс.чел. соответствующего населения на конец года			
	На I0 тыс. чел.среднегодового населения	Всего	из них: I и П гр.	Ш гр.	в возр. до I5 лет вкл ж
Всего					
в том числе с психозом или слабоумием в результате эпилепсии					
с шизофренией					
с умственной отсталостью					

ж рассчитывается на детское население на конец года (до I4 лет включительно).

П. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ.

I. Психиатрическое отделение
ЦРБ на ________ коек

2. Отделение № ____________________
(указать какой больницы)
принимающие больных из данного района.

3. Число коек в отделениях больницы ____________

4. Суммарное число коек (в расчете на I0 тыс.чел.населения района) в ЦРБ и в отделениях психиатрической больницы (больниц), выделенных для обслуживания населения района.
____________, в т.ч. в ЦРБ ____________

5. Показатели использования коечного фонда психиатрического отделения ЦРБ.

Показатели	
Оборот койки	
% загрузки работавшей койки	
Средняя длительность пребывания в стационаре пользованного больного	

6. Должности врачей-психиатров и их нагрузка.

А. Число должностей врачей-психиатров

а) штатных ______________

б) занятых ______________

Б. Нагрузка занятых должностей

а) Число коек на занятую должность врача-психиатра

б) число пользованных на психиатрических койках больных на занятую должность врача-психиатра.

7. Поступило в отделение ЦРБ больных на 10 тыс.чел. соответствующего среднегодового населения.

Наименование болезней (в соответствии с отчетом-вкладышем № 9)	Всего	в том числе	
		городских жителей	сельских жителей
Итого			

8. Средняя длительность пребывания в стационаре выбывшего больного.

Наименование болезней (в соответствии с отчетом-вкладышем № 9)	Ср. длительность пребывания в стац.выбывшего больного
Итого	

III. СВЕДЕНИЯ О ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ИМЕЮЩИХСЯ В РАЙОНЕ.

1. Число фельдшерских пунктов ______________
2. Число фельдшерско-акушерских пунктов ______________
3. Число врачебных амбулаторий ______________
4. Число участковых больниц ______________
5. Число домов-интернатов системы собеса:
   для взрослых__________ число мест в них __________
   для детейт__________ число мест в них __________
6. Имеются ли врачи в домах интернатах для взрослых (число должностей) ______________
   для детей ______________
7. Имеется ли в районе вспомогательная школа
   число мест __________ имеется ли врач __________
8. Наличие других учреждений для психически больных в районе (вписать)

34

О Г Л А В Л Е Н И Е

стр.

Л 56608 Подп. к печати 30.01. 1986 г. Ф.П.Л. 2,25 Тираж 450

Типография ХОЗУ Миннефтепрома Зак 356